Skriv ut blanketten

Töm blanketten

Kommunförsök med sysselsättning

Ifylls av myndigheten
Dnr

FRÅNVAROANMÄLAN

1.

Deltagarens namn	Personbeteckning
Serviceanordnare	

2.

Serviceanordnarens anmälan till försöksområdets kommun om frånvaro, som kan leda till att servicen avbryts

Under tiden / 20 - / 20

Service som anmälan gäller

- ☐ Jobbsökarträning
- ☐ Karriärträning
- ☐ Arbetsprövning på arbetsplats
- ☐ Utbildningsprövning vid läroanstalt
- ☐ Arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte

Frånvaro är en dag då service ordnas och då personen borde ha deltagit i servicen.

Tidpunkterna för frånvaro (t.ex. 5 -6.2, 10.2)	Orsaken till frånvaro

Noggrannare motiveringar

Till början av blanketten

3. Underskrift

Jag försäkrar att uppgifterna i denna anmälan är riktiga.	
Ort och datum	Underskrift Namnförtydligande

4. Meddelarens kontaktuppgifter

Meddelarens adress	
Postnummer	Postanstalt
Telefon	E-post

Sänd anmälan till den tjänsteman som är ansvarig för servicen. Granskningsperioden är två veckor.
Kontrollera adressen hos försöksområdets kommun.